

# Empowerment profesional en la atención primaria médica española

J. Simó Miñana

«Los médicos han sido expulsados del paraíso de los oficios intelectuales y hay un ángel guardián que con una espada en llamas se encarga de recordar a la puerta del gerente del hospital o del director del distrito de primaria que sólo son meros ejecutores del plan de productividad de una empresa. Puesto que el hacer de un médico ya no es científico, el hecho de que piense no tiene valor, ni sentido, ni significación. Incluso cuánto se le pague es una cuestión moralmente indiferente, porque ya no se le paga por pensar.»

Alfonso Pedrosa. La inteligencia en tiempos del proletariado de bata blanca. El Médico. 2003;867:97-8.

## Empowerment

Es ésta una de esas palabras cuyo sentido comprenden suficientemente bien quienes leen con frecuencia en inglés, pero que plantean algún problema al intentar traducirlas al español. La palabra está compuesta por *en* y *power*, «poder», que los ingleses tomaron de la francesa *pouvoir*. Una forma posible de traducirla sería «potenciación» (que mantiene la misma raíz latina *-potere-* del original), pero «apoderamiento» parece estar teniendo mayor fortuna. La palabra, que existía hacía tiempo en inglés, cobró un nuevo sentido en el marco de las luchas de las minorías. El *empowerment* de un grupo pasaba por dotarse de

medios y armas propios para ejercer su acción sin depender de otros. Así, desde la sociología, *empowerment* sería el proceso por el cual una persona o un grupo social adquiere o recibe los medios para fortalecer su potencial en términos económicos, políticos o sociales. Como cabe esperar, el término se fue cargando de connotaciones positivas, y de un uso de base se pasó a su apropiación por las empresas y grandes corporaciones. Hoy día, *empowerment* forma parte del léxico particular del mundo de la empresa. En él es entendido como una estrategia de motivación y promoción en el trabajo que consiste en la delegación o transmisión de mayor capacidad de decisión a los empleados para que se sientan más implicados en la actividad y los objetivos de la empresa<sup>1,2</sup>.

## Empowerment del paciente

Los procesos de *empowerment*, ya instalados en el mundo empresarial, están conquistando otros ámbitos, como el de la asistencia sanitaria. Así, se entiende *patient empowerment*<sup>3-5</sup> como la capacitación de las personas para tomar las decisiones en relación con su salud y sus cuidados de forma más autónoma y responsable. Se trata de pasar de un modelo de relación paternalista del paciente con el médico o sistema sanitario a un modelo de decisiones compartidas. Un modelo de atención inspirado en el *empowerment* busca potenciar las capacidades propias del paciente y su capacidad para tomar el control de su vida desde la perspectiva de que la enfermedad es un episodio biográfico más. En el fondo, cuando un paciente pide consejo a su médico de cabecera y éste se lo da, además de educación para la salud, está haciendo *empowerment* sobre su paciente: le proporciona información útil que le capacita para tomar decisiones autónomas acerca de determinados comportamientos o actitudes que influirían sobre su salud<sup>6</sup>. Todo lo contrario de lo que a veces conseguimos en

### LECTURA RÁPIDA

#### Empowerment

*Empowerment* es el proceso por el cual una persona o un grupo social adquiere o recibe los medios para fortalecer su potencial en términos económicos, políticos o sociales.

El mundo de la empresa, es entendido como una estrategia de motivación y promoción que consiste en la delegación de mayor capacidad de decisión a los empleados para que se sientan más implicados en la actividad y los objetivos de la empresa.

#### Empowerment del paciente

Se entiende *patient empowerment* como la capacitación de las personas para tomar las decisiones en relación con su salud de forma más autónoma y responsable.

Cuando un paciente pide consejo a su médico de cabecera y éste se lo da, además de educación para la salud, está haciendo *empowerment* sobre su paciente.

Médico de Familia.

Máster en Gestión de Servicios Sanitarios y Sociales.

Especialista Universitario en Gestión de Recursos Humanos en la Empresa. Centro de Salud Altavix. Plataforma 10 minutos. Elche (Alicante). España.

Correspondencia:

Juan Simó Miñana.

Camino Viejo, 4. Urbanización Los Olmos-E. 03110 Mutxamel Alicante. España.

Correo electrónico: [ju.simom@coma.es](mailto:ju.simom@coma.es)

Manuscrito recibido el 1 de septiembre de 2004.

Manuscrito aceptado para su publicación el 1 de septiembre de 2004.

## ▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼  
**Empowerment, una forma de gestionar a las personas**

El *empowerment* de los profesionales permite que éstos elijan el grado de involucración que deseen, asumiendo riesgo y capacidad de decisión.

▼  
Para el *empowerment* profesional se necesita que la organización tenga definidas una visión y una misión junto con unas estrategias para alcanzarlas; todo ello debe ser conocido y compartido por los integrantes de ésta.

▼  
**Sin una formación de calidad no hay *empowerment***

Puesto que sin formación de calidad no es posible el *empowerment*, con la creación de la especialidad se sentó la primera base del *empowerment* profesional en la atención primaria médica española.

▼  
**Muestras de escaso *empowerment* profesional en la atención primaria médica española**

El carácter de las organizaciones asistenciales y la relevancia del «proceso productivo» basado en los conocimientos de profesionales expertos exigen, lógicamente, un alto grado de autonomía en la toma de decisiones y en la propia organización de las actividades y los equipos.

muchos pacientes crónicos, a los que hacemos dependientes de nosotros y del centro de salud con visitas de control innecesarias porque durante ellas se potencia poco su capacidad de autocontrol de la enfermedad. En el fondo, los autoanalizadores de glucemia y los aparatos de automedida de la presión arterial son potentes instrumentos de *empowerment* en diabéticos e hipertensos, respectivamente, si nos empeñamos en ello. También se favorece el *empowerment* del paciente con la promulgación de leyes como la llamada Ley de Autonomía del Paciente<sup>7</sup>.

**Empowerment, una forma de gestionar a las personas**

Como vemos, el *empowerment* del paciente es posible y deseable. Del mismo modo, es posible y deseable el *empowerment* del profesional, pues éste actúa como agente del primero. El *empowerment* de los profesionales permite que éstos elijan el grado de involucración que deseen, asumiendo riesgo y capacidad de decisión, y pueda superarse así su desentendimiento de la organización. El *empowerment* reemplaza la vieja jerarquía piramidal por equipos autodirigidos, donde la información se comparte con todos y las personas tienen la oportunidad y la responsabilidad de dar lo mejor de sí mismas sintiéndose (y estando) más motivadas y comprometidas. Con el *empowerment* se redefine la manera en la que la organización gestiona a las personas que la integran. Podríamos decir que el *empowerment* profesional es una filosofía, un modo de entender la empresa o la organización. Para el *empowerment* profesional se necesita que la organización tenga definidas una visión y una misión junto con unas estrategias para alcanzarlas; todo ello debe ser conocido y compartido por todos los integrantes de ésta<sup>1</sup>.

Hace 20 años se inició la reforma de la atención primaria española<sup>8</sup>. Los cambios han sido muy relevantes desde entonces. Sin embargo, la impresión general es que los centros de salud no han alcanzado su pleno desarrollo ni los profesionales toda su potencialidad<sup>9-11</sup>. Se han producido muchas innovaciones en la gestión sanitaria española, mayoritariamente en el ámbito hospitalario. Pero se está dejando de lado la innovación en la gestión de la

atención primaria, que necesita una reforma con la suficiente profundidad como para, al menos, dar más protagonismo a los profesionales.

**Sin una formación de calidad no hay *empowerment***

A la reforma de 1984 le precedió pocos años antes una innovación estratégica, como fue la creación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria<sup>12</sup>. Puesto que sin formación de calidad no es posible el *empowerment*, con la creación de la especialidad se sentó la primera base del *empowerment* profesional en la atención primaria médica española. Desde entonces se han formado miles de médicos de familia en España, profesionales cualificados que en los últimos años son requeridos por los servicios sanitarios de algunos países de nuestro entorno socioeconómico (Reino Unido, Suecia, Francia, Portugal, etc.) con escasez de médicos. Por lo tanto, podemos afirmar que tenemos unos buenos médicos de familia. Pero, claro, eso no es suficiente para que éstos tengan *empowerment* en sus puestos de trabajo. El *empowerment* se otorga o no y, lamentablemente, la mejor formación no ha sido condición suficiente para ello.

**Muestras de escaso *empowerment* profesional en la atención primaria médica española**

El carácter de las organizaciones asistenciales (con un uso intensivo de conocimientos, tecnologías y servicios) y la relevancia del «proceso productivo» basado en los conocimientos de profesionales expertos exigen, lógicamente, un alto grado de autonomía en la toma de decisiones y en la propia organización de las actividades y los equipos<sup>13</sup>. Sin embargo, esta lógica no acaba de calar en algunas partes del sistema. Así, son muchas, demasiadas ya, las muestras de escaso *empowerment* profesional en la atención primaria médica española. Desde la imposibilidad de solicitar determinadas pruebas diagnósticas o de prescribir determinados fármacos, por ejemplo, hasta la nula capacidad real de modificar de forma radical la organización del trabajo en los centros, la escasa capacidad de decisión de los coordinadores o directores de los equipos de atención primaria (EAP), la

incapacidad de elegir servicios especializados para nuestros pacientes, de elegir con quién se trabaja, etc. En definitiva: la incapacidad práctica de elegir los modos, los medios, los recursos y las formas de alcanzar resultados, objetivos o metas, etc. Estas limitaciones dificultan el desarrollo profesional y erosionan la función de agente del paciente.

*El talento existe, pero sin empowerment es menos eficaz*

Tenemos formación, pero no tenemos capacidad real para organizar nuestro trabajo. No nos han dado las herramientas ni la capacidad de tenerlas (sustrato legislativo), es decir, no nos han dado la capacidad de decisión. El *empowerment* favorece el desarrollo y el uso de los talentos ocultos y no ocultos que hay en los individuos. La capacidad de decisión activa las potencialidades (se convierten en capacidades) y deseos de los profesionales y permite que desarrollen su talento y habilidad para la consecución de las metas, tanto de la organización (misión) como personales y profesionales. El talento crea valor, ilumina el futuro y nos aproxima a la visión. El talento puede estar o no en las personas, pero si está hay que crear mecanismos para que aflore, se desarrollen las capacidades y los profesionales pongan lo mejor de sí mismos a disposición de la organización. La capacidad de decisión, pues, desvela el talento oculto, si lo hay.

*Del tópico «implicación de los profesionales en la gestión»*

Se mantiene como posición deseable lo que se ha denominado «implicación de los profesionales en la gestión», sin llegar a entrever que es el tipo de gestión, y no la voluntad de los profesionales, lo que impide su implicación<sup>13</sup>. Para conseguirla, las organizaciones más inteligentes perciben que deben (porque pueden) modernizar «la gestión de las personas» (algo verosímil)<sup>14</sup>; sin embargo, otras creen que deben (aunque no puedan) «modernizar los recursos humanos»<sup>15</sup> (algo insólito)<sup>16</sup>. Estas últimas, más orientadas al control jerárquico, burocrático y de procedimientos en detrimento de los resultados (cuando no del propio sentido común o la profesionalidad), se muestran muy limitadas para lograr la participación y

el compromiso de sus profesionales más cualificados. No parece que tengan demasiado porvenir las formas organizativas prevalentes en nuestro sistema sanitario, especialmente en atención primaria, con profesionales asalariados que no disponen de autonomía organizativa ni de motivación individual (extrínseca, intrínseca ni trascendente) ligada al trabajo bien hecho o al grado de compromiso con la organización<sup>17-19</sup>. El desacomodo de los profesionales en este tipo de organizaciones es tal que cada vez es más prevalente entre ellos el desentendimiento (o el simple desdén) para con la organización, el absentismo psíquico<sup>20</sup> o el mismo *burnout*<sup>21-22</sup>.

### La organización inteligente proporciona *empowerment* a los profesionales

Se otorga capacidad de decisión cuando se entiende que ahora dirigir no consiste en decir a unos profesionales qué tienen que hacer y cómo lo tienen que hacer, sino lograr de ellos un compromiso que les implique con la organización (¿lealtad?). Otorgar capacidad de decisión permite que los profesionales contribuyan con su capacidad de pensar, innovar, crear y mejorar a dar respuesta y resultados a las necesidades y problemas que se ha propuesto resolver la organización (misión, metas, objetivos, etc.). Bajar el nivel de la toma de decisiones para otorgar *empowerment* supone un cambio tan radical en la organización que requiere un cambio simultáneo en su cultura. Un nuevo sistema de valores que le lleve, valga el juego de palabras, a una dirección por valores. Como diría Salvador García: «hay que descubrir el valor de tener el valor de dirigir por valores»<sup>23</sup>. Unos valores compartidos por la organización y sus integrantes. Para ello, la relación entre profesionales y gestores debe cambiar<sup>24</sup>; mejor dicho, debe existir. La comunicación entre ellos es importante y, para ello, se requiere una estructura organizativa poco jerárquica, plana y horizontal. Así se facilita la comunicación tanto ascendente como descendente. Pero la confianza es un prerrequisito para la buena comunicación. El mayor problema de la falta de confianza es que la gente finalmente deja de comunicarse, deja de relacionarse. La brecha entre gestores y profesionales se abre cada vez

#### ▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼  
Son muchas las muestras de escaso *empowerment* profesional en la atención primaria médica española.

▼  
*El talento existe, pero sin empowerment es menos eficaz*  
El *empowerment* favorece el desarrollo y el uso de los talentos ocultos y no ocultos que hay en los individuos.

▼  
Del tópico «implicación de los profesionales en la gestión»  
Se mantiene como posición deseable lo que se ha denominado «implicación de los profesionales en la gestión», sin llegar a entrever que es el tipo de gestión, y no la voluntad de los profesionales, lo que impide su implicación.

#### ▼ La organización inteligente proporciona *empowerment* a los profesionales

Otorgar capacidad de decisión permite que los profesionales contribuyan con su capacidad de pensar, innovar, crear y mejorar a dar respuesta y resultados a las necesidades y problemas que se ha propuesto resolver la organización.

▼  
Bajar el nivel de la toma de decisiones para otorgar *empowerment* supone un cambio tan radical en la organización que requiere un cambio simultáneo en su cultura.

## ▶▶ LECTURA RÁPIDA



La relación entre profesionales y gestores debe cambiar; mejor dicho, debe existir.



**Menos intervencionismo gerencialista y más responsabilidad profesional y liderazgo de la gestión**

Los gerentes deberían emprender funciones de facilitación y tutela desde una clara posición de liderazgo estratégico del sistema.



El control jerárquico y externo debe dejar paso al autocontrol y la autorresponsabilización de los profesionales (*accountability*).



**El empowerment no es para todos**

No sólo necesitamos una medicina y una asistencia sanitaria basadas en pruebas, sino que se debe promover una práctica profesional y una práctica de gestión basadas en valores que, a su vez, terminen produciendo valor para el paciente y la sociedad.

más por falta de confianza, y la relación se extingue. La falta de confianza genera mayor necesidad de control, sobre todo en las organizaciones menos inteligentes (emocionalmente hablando) o más neuróticas<sup>25</sup>. Es un control estéril, pues en definitiva el profesional hace lo que buenamente cree que debe hacer (o lo que le conviene), ignorando a la otra parte.

**Menos intervencionismo gerencialista y más responsabilidad profesional y liderazgo de la gestión**

Ya hemos visto que el celo excesivo y paternalista desde una concepción burocratizada y centralizada del sistema sanitario provoca querer mandar lo que hay que hacer o no hacer (intervencionismo) en este tipo de servicios prestados por profesionales expertos. Frente al ya cuestionado *gerencialismo*<sup>26</sup> típico y tópico, controlador de personas y presupuestos, los gerentes deberían emprender funciones de facilitación y tutela desde una clara posición de liderazgo estratégico del sistema<sup>24,27</sup>. El control jerárquico y externo debe dejar paso al autocontrol y la autorresponsabilización de los profesionales (*accountability*), introduciendo la debida transparencia en los resultados y en la asignación y uso de los recursos que, provenientes de los impuestos, todos aportamos (rendir cuentas a la sociedad)<sup>28-31</sup>.

**¿Qué queda para los políticos?**

Lo más importante, gobernar<sup>32</sup>. Nosotros trabajamos en una organización, en una empresa y en una institución de servicios financiada públicamente. Gobernar una institución de servicios como la nuestra implica definir su misión, su visión, señalar sus valores y sus grandes objetivos (construir el «alma» de la empresa)<sup>33</sup>, de manera que responda de una forma profesional (pues profesionales son los que crean y dan el servicio) a un exacto cumplimiento de su misión para dar respuesta transparente a los diversos agentes (profesionales, gestores y ciudadanos-usuarios) lícitamente interesados en ella y en los resultados de sus servicios<sup>13</sup>.

**El empowerment no es para todos**

¿Cuántos profesionales están cómodos tal y como están ahora, no desean más com-

petencias ni asumir más riesgos o mayores incertidumbres, y a cuántos gerentes-gestores les ocurre lo mismo? El *empowerment* no es para ellos. Por lo tanto, a la hora de otorgar *empowerment* cuentan los valores de la organización, pero también los de sus integrantes. Por ello, no sólo necesitamos una medicina y una asistencia sanitaria basadas en pruebas, sino que se debe promover una práctica profesional y una práctica de gestión basadas en valores que, a su vez, terminen produciendo valor para el paciente y la sociedad. Valores como altruismo, rendición de cuentas, dignidad, compromiso de servicio, honor, integridad, respeto a otros, honestidad, relaciones con colegas y con pacientes, compasión, capacidad de enseñar y aprender, garantía de calidad, excelencia, capacidad de trabajo en equipo, equidad, iniciativa, confianza, flexibilidad, ética, etc. Sin estos valores podremos tener un sistema sanitario y una atención primaria efectivos y eficientes, pero sin «alma» (efectiva y eficientemente ¿desalmados?). Y una organización-empresa sin «alma», ¿qué es?... ¿una «corporación»?<sup>34</sup>. Nuestra empresa no es una «corporación sin alma», sino una institución. Las instituciones tienen «alma» porque se fundamentan en valores. Por ello, además de conocimientos y habilidades, profusamente desarrollados en la formación de pregrado y posgrado, se necesita promover y, por qué no, enseñar y aprender determinadas actitudes y valores que sostienen, dan sentido y miden a los primeros<sup>35</sup>.

**Equipos de profesionales autoorganizados**

El mercado generador de una competencia perfecta mediante la regulación de calidades y precios no abunda en sanidad debido, entre otras cosas, a la asimetría informativa, la información incompleta presentes en el sistema desde la perspectiva de las relaciones de agencia<sup>36</sup>. Por ello, desde un marco público, se deberían diseñar nuevas fórmulas de organización más creativas, potenciadoras, motivadoras y seductoras para los profesionales que permitan reducir la distancia entre lo que los médicos de familia y la atención primaria dan de sí y lo que podrían dar. Aumentar el *empowerment* de los profesionales podría ayudar.



Una opción para nuestra atención primaria podría consistir en la transferencia de riesgos, con modelos capitativos o poblacionales que responsabilicen a un equipo de profesionales autoorganizados y autodirigidos, con contratos sobre resultados relacionados con unos estándares de buena praxis, y con controles *a posteriori* que garanticen los mínimos de calidad exigibles<sup>37</sup>.

Los médicos de familia insatisfechos con el *statu quo* de nuestra atención primaria, que dificulta su desarrollo profesional y su papel de agente del paciente, deberían comprender que su responsabilidad (profesional) en el sistema empieza por abandonar los posicionamientos limitados a la «cultura de la queja»<sup>38</sup> y sustituirlos por propuestas constructivas que sostengan el papel central de la atención primaria y del profesional en el conjunto del sistema sanitario, sin esperar a que alguien ajeno a la profesión vaya a hacerlo por nosotros. Ello no significa dejar la profesión y transitar hacia la gestión, sino lo contrario, permanecer en la profesión entendiendo que ésta no sólo es decisión clínica. La profesión incluye, también, aceptar la responsabilidad otorgada por la sociedad en el manejo (*¿management?*) de los recursos disponibles, con la necesaria capacidad de decisión y transparente rendición de cuentas. Y los políticos deberían, en un ejercicio de gobierno responsable para con una ciudadanía adulta, otorgarles el *empowerment* necesario para conseguir que la atención primaria sea, de una vez por todas (pues se dice desde hace 20 años), el eje del sistema sanitario<sup>8</sup> y el médico de familia su figura fundamental<sup>12</sup>.

### Un apunte final

El *empowerment* debe servir para potenciar el desarrollo intelectual y la creatividad de las personas. Sin embargo, las propuestas de *empowerment* hechas «desde arriba» pueden esconder su dosis de hipocresía —«trabajen ustedes cada vez más, produzcan más, sean cada vez más autónomos pero sean cada vez menos ustedes»—. Para liberarle de ésta hay que aclarar que la operación fundamental de *empowerment* se produce en el individuo como persona, no como trabajador-competidor-productivo. Hay mucho que ganar con un *empower-*

*ment* dirigido al ser humano y al servicio de su dignidad, pero también hay mucho *empowerment* instrumentalizado hacia la ambición embrutecedora y el narcisismo<sup>39</sup>. Un *empowerment* que podríamos llamar *humanista* frente a un *empowerment* *eficientista*. El *eficientista* podría tener dificultades para explicar suficientemente bien por qué el trabajador desearía necesariamente intercambiar un salario por su tantas veces invocada creatividad. Sin embargo, el *humanista* no necesitaría dar demasiadas explicaciones al respecto.

### Bibliografía

1. Wilson T. Manual del empowerment. Barcelona: Gestión; 2000.
2. Consolación C, Cuatrecasas L, Pons O. Cómo desarrollar el empowerment y la satisfacción del cliente interno en el área de operaciones. II Conferencia de Ingeniería de Organización, Vigo, 5-6 de septiembre de 2002. Disponible en: <http://io.us.es/cio2002/comunicaciones/8-%20Recursos%20Humanos/C107.pdf>
3. Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. Patient Educ Couns. 1995;26:139-44.
4. Saltman RB. Patient choice and patient empowerment in northern European health systems: a conceptual framework. Int J Health Serv. 1994;24:201-29.
5. Lau DH. Patient empowerment, a patient-centred approach to improve care. Hong Kong Med. 2002;8:372-4.
6. Simó J. Consejos del médico de cabecera y estilos de vida saludables. Med Clin (Barc). 1997;109:137-9.
7. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274, 15-11-02.
8. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE 27, 1-2-1984.
9. Gervas J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. Aten Primaria. 2001;28:472-7.
10. Ortún V, Gervas J. Potenciar la atención primaria de salud. En: Álvarez Dardet C, y Peiró S, editores. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP); 2000. p. 363-9.
11. Minué Lorenzo S, De Manuel Keenoy E, Solas Gaspar O. Situación actual y futuro de la atención primaria. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. Invertir en salud, prioridades en salud pública. Informe SESPAS

#### ▶▶ LECTURA RÁPIDA

##### ▼ Equipos de profesionales autoorganizados

Desde un marco público, se deberían diseñar nuevas fórmulas de organización más creativas, potenciadoras, motivadoras y seductoras para los profesionales.

▼ La profesión incluye, también, aceptar la responsabilidad otorgada por la sociedad en el manejo (*¿management?*) de los recursos disponibles, con la necesaria capacidad de decisión y transparente rendición de cuentas.

##### ▼ Un apunte final

El *empowerment* debe servir para potenciar el desarrollo intelectual y la creatividad de las personas.

▼ La operación fundamental de *empowerment* se produce en el individuo como persona, no como trabajador-competidor-productivo.

2002. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES); 2002. p. 395-437.
12. Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad de la profesión médica. BOE 29, 2-2-1979.
13. Monrás Viñas P. Más allá del acto clínico. Rol y responsabilidades de las profesiones sanitarias en las organizaciones asistenciales modernas. *Rev Enferm* 2002;25:60-4.
14. Longo Martínez F. Modernizar la gestión pública de las personas: los desafíos de la flexibilidad. V Congreso Internacional del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD). Santo Domingo, República Dominicana, 24-27 de octubre de 2000. Disponible en: <http://unpan1.un.org/intrados/groups/public/documents/CLAD/clad0038546.pdf>
15. Real Decreto 182/2004, de 30 de enero, por el que se determina la composición de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. BOE 37, 12-02-04.
16. Simó Miñana J. Modernizar los recursos humanos: un lapsus de nuestro inconsciente colectivo organizacional. *Jano*. 2004;66:25.
17. Pérez-López JA. Las motivaciones humanas. Barcelona: División de Investigación del IESE, Nota técnica (FHN-161), IESE Publicaciones; 1985.
18. Simó Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (I). *Aten Primaria*. 2001;28:484-90.
19. Simó Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (II). *Aten Primaria*. 2001;28:668-73.
20. García Sánchez S. El absentismo psíquico. *FMC*. 2002;9:41-45.
21. De Pablo González R, Suberviola González JF. Prevalencia del síndrome de *burnout* o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 1998;22:580-4.
22. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bas Publishers; 1997.
23. García S, Dolan SL. La dirección por valores. Madrid: McGraw-Hill; 1997.
24. De Pablo González R, Simó Miñana J, Domínguez Velázquez J, Gervas Camacho J. La relación gestor-clínico: una perspectiva de médicos asistenciales. *Aten Primaria*. 2004;33:462-70.
25. Kets de Vries MFR, Miller D. La organización neurótica. Barcelona: Ediciones Apóstrofe 1993.
26. Fundación Signo. ¿Hacia la desaparición del modelo gerencial? (monográfico 3). Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. 2002;3: 9-172. Disponible en: <http://www.fundacion-signo.es/principal.htm>
27. Álvarez de Mon S, Cardona Soriano P, Chinchilla Albiol N, Miller P, Pérez López JA, Pin Arboledas JR, et al. Paradigmas del liderazgo. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España SAU; 2001.
28. Daniels N. Accountability for reasonableness: establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *BMJ*. 2000;321:1300-1.
29. Jovell Fernández AJ. El futuro de la profesión médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. Documento de trabajo n.º 7. Fundación Salud Innovación Sociedad (SIS). Disponible en: <http://www.fundsis.org/Actividades/publicaciones/Documento%20de%20trabajo%207.pdf>
30. Jovell JA, Roig F. The future patient. Literature review: Spain. Barcelona: Fundació Biblioteca Josep Laporte; 2001. Disponible en: [http://www.fbjoelaport.org/cast/formacio/future\\_patient\\_spain.pdf](http://www.fbjoelaport.org/cast/formacio/future_patient_spain.pdf)
31. López Casanovas G, Puig-Junoy J, José Ganuza J, Planas Miret I. Los nuevos instrumentos de la gestión pública. Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona La Caixa, 2003. Colección Estudios Económicos. Disponible en: [http://www.estudios.lacaixa.comunicacions.com/webes/estudis.nsf/wurl/pbeihomecos\\_esp](http://www.estudios.lacaixa.comunicacions.com/webes/estudis.nsf/wurl/pbeihomecos_esp)
32. Jovell AJ. Gobierno cívico: el valor de las políticas sanitarias. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:159-61.
33. Dolan SL, García S, Navarro C. La construcción del alma de la empresa: visión, misión y valores compartidos. En: Fernández Aguado J, coordinador. *Management español: los mejores textos*. Barcelona: Ariel Empresa; 2002. p. 247-65.
34. García Sánchez S. La empresa «eutópica» y su triple responsabilidad económica, ética y... emocional. Casi 100 preguntas y una respuesta para el cambio. Congreso de Directivos de RR.HH. y Management. VII Convocatoria del Manager Business Forum. Madrid, 14-15 octubre de 2003.
35. Vázquez Díaz JR. El valor de los valores. *Dimens Hum*. 2002;6:53-56.
36. López Casanovas G, Ortún Rubio V. Economía y salud. Fundamentos y políticas. Madrid: Ediciones Encuentro; 1998.
37. Ortún Rubio V, Gervas Camacho J. Las asociaciones de profesionales en medicina general. *Aten Primaria*. 1996;17:300-2.
38. Casajuana Brunet J. De la cultura de la queja a la de la capacitación. *Dimens Hum*. 2002;6: 86-9.
39. García Sánchez S, Borrell Carrió F. Empowerment: el poder de una palabra. *Dimens Humana*. 2002;6:74-9.